



MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE

ISTITUTO COMPRENSIVO CARINI CALDERONE-TORRETTA

Via Emilia, 1 - 90044 Carini (PA) Tel. 091/8661303 - Fax 091/8669514

Cod. fisc. 80029730829 - Cod. Min. PAIC8AG007

e-mail Segreteria: paic8ag007@istruzione.it posta certificata paic8ag007@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico

Io sottoscritto _____

Insegnante dell'alunno _____

della classe _____ della scuola _____

visto il certificato medico rilasciato dal dr _____

in data _____

vista la richiesta del genitore sig. _____

di somministrazione del farmaco salvavita _____

DICHIARO

su base volontaria e in virtù di un rapporto fiduciario con la famiglia di essere disponibile a somministrare il farmaco salvavita al bambino, nei casi previsti dal certificato medico nell'anno scolastico 2014-2015.

Dichiaro di conservare tale farmaco in modo sicuro

nel seguente luogo _____

le cui chiavi sono in possesso di _____

data _____

L'insegnante di classe
